

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 juin 2015

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mmes Rossier et Moyard, assesseuses
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

M. _____, à [...], recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

**Art. 6, 7, 8, 16, 21 al. 4 et 61 let. g LPGA; 28 et 69 al. 1bis LAI; 49
LPA-VD**

E n f a i t :

A. a) M._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1963, marié et père d'un enfant mineur, sans formation, a chuté à ski le 5 février 1990 et s'est blessé au niveau du genou gauche. Il a subi le 13 février 1990 une plastie du ligament artificiel "ligastic" synovialisé. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a pris le cas en charge. En octobre 1993, l'assuré a signalé une entorse du genou gauche survenue alors qu'il faisait du jogging.

b) L'assuré a occupé divers emplois. Il a ainsi travaillé en qualité d'électricien du 1^{er} août 2010 au 29 février 2012 auprès de P._____, à 100%, à raison de 40 heures par semaine, au tarif de 31 fr. de l'heure.

Le 20 avril 2011, une arthro-IRM de l'épaule droite a été mise en œuvre. Dans son rapport du même jour, le Dr D._____, spécialiste en radiologie, a fait état d'une importante calcification du tendon sus-épineux à son insertion sur le foot print avec une petite réaction inflammatoire au pourtour. Il n'y avait pas de déchirure transfixiante du tendon, tout au plus une ébauche d'irrégularité de la surface bursale, ainsi qu'une petite touche de bursite sous-acromio-deltoïdienne. Le Dr D._____ a également relevé une importante arthrose acromio-claviculaire avec une composante d'activité au sein de cette articulation fortement dégénérée.

Selon les pièces du dossier de l'assureur perte de gain G._____, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a fait état d'une incapacité totale de son patient ayant débuté le 2 novembre 2011 avec une durée probable allant jusqu'à fin janvier 2012 (certificat du 11 janvier 2012); dans un certificat médical du 1^{er} mars 2012, il a attesté une incapacité totale de travail ayant débuté le 1^{er} mars 2012 pour une durée de deux à trois semaines.

Le 5 mars 2012, l'assuré a été opéré par le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique; il a subi dans ce cadre une arthroscopie avec résection partielle du ménisque interne du genou gauche, résection du clapet cartilagineux du condyle fémoral interne et plastie du Notch, les diagnostics posés étant un status 20 ans après plastie du LCP (réd. : ligament croisé postérieur) avec ligastic synovialisé sur rupture secondaire, gonarthrose interne stade IV, déchirure méniscale interne et conflit du Notch du genou gauche.

Selon déclaration de sinistre LAA du 22 mars 2012, l'employeur de l'assuré a fait état d'une rechute survenue le 2 décembre 2011 et a annoncé le cas à la CNA.

Le 4 avril 2012, la CNA a informé l'assuré qu'elle lui allouerait une indemnité journalière de 141 fr. 35 à compter du 5 mars 2012 pour les suites de l'accident non professionnel du 4 février 1990.

Par courrier daté du 11 avril 2012 (sic), le Dr T._____, spécialiste en médecine générale et médecin conseil de G._____, a fait savoir à cet assureur qu'il avait reçu l'assuré à sa consultation le 12 avril 2012, sans toutefois l'examiner. Le Dr T._____ expliquait sa décision par le fait que l'intéressé avait été en incapacité totale de travail à compter du 2 novembre 2012 [réd. : recte : 2011] pour une affection d'origine psychologique liée à un conflit professionnel, pour laquelle il a avait été suivi par le Dr B._____; l'évolution avait été lentement favorable et l'assuré avait pu reprendre son activité d'électricien le 5 mars 2012 à 100%. Toutefois, en raison d'une rechute d'un accident au genou gauche le 4 février 1990, il avait subi une intervention chirurgicale qui avait prolongé l'incapacité totale de travail jusqu'au 8 avril 2012. Dès le 9 avril 2012, la capacité de travail était entière. L'assuré était désormais inscrit auprès de l'assurance-chômage, car il avait été licencié au 29 février 2012. Pour le Dr T._____, l'incapacité totale pour maladie et celle relative aux suites de la rechute de l'accident étaient justifiées.

Le 13 avril 2012, le Dr W._____ a indiqué à la CNA que l'assuré avait été hospitalisé du 5 au 7 mars 2012 afin de subir une arthroscopie avec résection partielle du ménisque interne, résection du clapet cartilagineux du condyle fémoral interne et plastie du Notch, présentant à ce titre une incapacité totale de travail jusqu'au 8 avril 2012, sa capacité de travail étant entière à compter du 9 avril 2012.

c) L'assuré a déposé le 20 juin 2012 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) tendant à l'octroi de mesures pour une réadaptation professionnelle, en faisant état d'arthrose cervicale, dorsale, des épaules et du genou gauche existant depuis 2001, ainsi que d'une atteinte au genou gauche datant du 4 février 1990. Il a également dit être suivi pour dépression par le Dr B._____. Avec sa demande, l'assuré a notamment produit une déclaration de sinistre du 27 avril 2011 selon laquelle il s'était blessé au niveau du bras droit le 14 avril 2011 en perçant une dalle.

Selon le questionnaire pour l'employeur adressé le 6 juillet 2012 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) par P._____, l'assuré avait œuvré pour le compte de cette société du 1^{er} août 2010 au 29 février 2012. Il travaillait 8 heures par jour, soit 40 heures par semaine, au salaire horaire de 31 francs.

L'assuré a été convoqué le 23 juillet 2012 pour un entretien d'information et d'évaluation auprès de l'OAI. Il ne s'y est toutefois pas présenté, sans s'excuser. L'OAI lui a alors rappelé, par lettre du 23 juillet 2012, qu'il était tenu d'entreprendre tout ce qui pouvait raisonnablement être exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de son incapacité de travail et empêcher la survenance de l'invalidité. Il a été convoqué pour un nouvel entretien, fixé au 24 septembre 2012. L'assuré a informé l'OAI par téléphone du 16 août 2012 qu'il n'était pas rentré chez lui depuis 5 semaines et n'avait pas vu la convocation du 23 juillet 2012. Il a indiqué qu'il se rendrait à l'entretien du 24 septembre 2012 et a en outre précisé travailler à 50% dans l'entreprise de son frère comme aide-électricien depuis le 13 août 2012.

Dans son rapport à l'OAI du 22 août 2012, le Dr B._____ a posé comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail une gonarthrose gauche et une arthrose acromio-claviculaire droite, et comme diagnostics sans effet sur la capacité de travail un status post plastie de Notch du genou gauche pour spondylose de la colonne lombaire et une calcification du tendon sus-épineux. De l'avis du Dr B._____, la capacité de travail de son patient avait été nulle du 2 novembre 2011 à fin mars 2012 et était, depuis le 1^{er} avril 2012, de 50%, taux auquel l'assuré travaillait actuellement. Pour le médecin traitant, l'assuré ne pouvait soulever des charges supérieures à 15 kg, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie et à genoux.

L'assuré s'est présenté à l'entretien du 24 septembre 2012, lors duquel il a complété le formulaire d'auto-assessment.

Selon un rapport d'arthro-IRM de l'épaule gauche du 31 octobre 2012 du Dr R._____, spécialiste en radiologie, l'assuré présentait une tendinopathie calcifiante du sus-épineux gauche, une légère inclinaison positive pathologique de l'acromion pouvant favoriser des conflits avec la coiffe, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire hypertrophifiante.

Dans son rapport à l'OAI du 9 novembre 2012, le Dr W._____ a diagnostiqué une déchirure du ménisque interne, une chondropathie stade IV interne, stade III fémoro-patellaire, stade II externe, une insuffisance du LCP, et un conflit au niveau du Notch du genou gauche. Il a estimé que la capacité de travail était complète à compter du 9 avril 2012.

Par avis du 19 novembre 2012, le Dr Z._____ du Service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a estimé qu'il convenait de faire un examen rhumatologique ou orthopédique au SMR.

Par communication du 29 novembre 2012, l'assuré a été informé qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible.

Par rapport d'IRM cervicale et lombaire du 10 janvier 2013, le Dr C._____, spécialiste en radiologie, a constaté que l'assuré présentait des lésions dégénératives multi étagées lombaires et de discrètes altérations dégénératives sans conflit disco-radriculaire au niveau cervical.

L'OAI a mandaté le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour expertiser l'assuré. Ce spécialiste a examiné l'intéressé le 15 mars 2013. Il a rédigé son rapport le 8 avril 2013, en se fondant sur la copie du dossier médical de l'assuré, les déclarations de celui-ci, l'examen clinique du 15 mars 2013 ainsi que sur l'examen du bilan radiologique apporté par l'assuré et complété le jour de l'expertise. Le Dr F._____ a retenu les diagnostics d'arthropathie acromio-claviculaire bilatérale avancée, de tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs à droite, de gonarthrose secondaire bi-compartmentale avancée et de discopathie pluri étagée de l'étage lombaire modérément avancée et débutante au niveau cervical. Sous la rubrique "conclusion et propositions" de son rapport, l'expert a fait les observations suivantes :

"Monsieur M._____ est un patient de 50 ans qui présente plusieurs pathologies ostéoarticulaires. Il présente d'abord une arthropathie acromio-claviculaire avancée bilatérale. Cette situation est tellement avancée que maintenant je pense qu'il faut absolument proposer à ce patient une chirurgie avec résection de la clavicule distale et acromioplastie.

Il est très vraisemblable que ce patient soit fortement amélioré par cette intervention chirurgicale compte tenu de l'importance des lésions visibles sur les radiographies. Cette opération une fois réalisée permettra certainement au patient de retrouver une pleine capacité avec ses membres supérieurs.

Il y a encore un petit doute quant à l'importance de l'atteinte liée à la tendinopathie calcifiante de la coiffe des rotateurs. Mais compte tenu des faibles douleurs au repos, je pense que cette dernière est peu importante.

En ce qui concerne le genou G [réd. : gauche], on se retrouve en face [d']une gonarthrose bi-compartmentale avancée en varus sur un status après plastie ligamentaire. Cette arthrose est relativement symptomatique. Malgré tout, le patient ne consomme pas d'anti-inflammatoires. Il y a encore un périmètre de marche qui n'est pas limité. Il a peu de douleurs nocturnes.

Je pense que quelques séances de physiothérapie afin d'améliorer la souplesse de ce genou notamment de récupérer le flexum pourraient certainement améliorer les choses. Une prise d'anti-inflammatoires occasionnelle peut également apporter un soulagement. Je tenterais également encore un traitement de viscosupplémentation.

En ce qui concerne son dos, il présente des discopathies pluri étagées de l'étage lombaire et de l'étage cervical. Ces symptômes engendrent des douleurs tant en position assise que debout. Elles limitent le port de charge[s].

Globalement, ce patient est malgré tout bien handicapé par l'ensemble de ses problèmes. Mais durant toute l'anamnèse, je pense quand même que Monsieur M. _____ est un patient peu motivé qui n'a pas la volonté de vouloir régler ses problèmes. Je lui explique que globalement il est possible que médicalement on puisse l'améliorer. Je l'envoie d'ailleurs auprès du DrS. _____ qui pourra l'aider pour son genou et l'adresser à qui de droit pour ses clavicules. Mais globalement ce patient garde malgré tout une capacité de travail entre 75 % et 100 % dans l'activité actuelle[ment] avec un rendement abaissé de 75 %. En effet, ce patient ne doit pas porter de lourde[s] charge[s]. Il ne doit [pas] effectuer de nombreux déplacement. Il ne doit [pas] effectuer trop de mouvement[s] au-dessus de l'horizontale.

Dans une activité adaptée à ses handicaps, ce patient a une pleine capacité de travail. Une activité adaptée serait une activité sans port de charge[s]. Activité qui alterne la position assise à debout avec de faibles déplacements. Il ne faudrait également pas de mouvement[s] au-dessus de l'horizontale avec les membres supérieurs.

Une telle activité comme contrôle de chaîne, réception ou magasinier dans une entreprise avec petites pièces serait tout à fait adaptée.

Cette capacité de travail serait à réévaluer une fois que les mesures thérapeutiques suggérées ci-dessus sont effectuées."

Le Dr F. _____ a apporté les réponses suivantes aux questions qui lui étaient posées :

"XII. REPONSES A VOS QUESTIONS

A. Questions cliniques

1. Anamnèse

Cf. les points 1 à 7 de la présente expertise.

2. Plaintes et données subjectives de l'assuré

Cf. le point 8 de la présente expertise.

3. Status clinique

Cf. le point 9 de la présente expertise.

4. Diagnostic

Cf. le point 11 de la présente expertise.

5. Appréciation du cas et pronostic

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés.

PLAN PHYSIQUE

Je ne [me] prononcerai pas quant au plan psychique social mais uniquement sur le plan physique. Ce patient présente des atteintes à sa santé qui l'empêchent d'avoir une activité professionnelle avec des déplacements importants en terrain irrégulier, des ports de charge supérieurs à 10 kg, des mouvements répétés avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, ne peut pas rester assis plus de deux heures d'affilée.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

L'activité exercée jusqu'ici peut être accomplie entre 75 et 100 % mais avec une rentabilité abaissée de 50 à 75 % en raison de ses limitations.

2.2. Description précise de la capacité de travail

Cf. le point 2.1.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heure par jour) ?

Oui, 8 heures par jour, mais un rendement abaissé entre 85 et 50 %.

2.4. Y a-t-il diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Oui. Rendement abaissé de 25 à 50 %.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Depuis le 1^{er} janvier 2013.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Pas de modification de[puis] le 1^{er} janvier 2013.

C. Influences sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables. Si oui, dans quel délai?

Oui dans les plus brefs délais.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

La capacité de travail peut être augmentée dans un poste où le patient ne porte [pas] des charges supérieures à 10 kg et ne doit pas avoir des mouvements répétés avec les bras au-dessus de l'horizontale.

Les déplacements en terrain irrégulier devraient également être limités.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail ?

La capacité de travail pourrait être passée de 75 à 100 %. Le rendement pourrait également être augmenté dans ces conditions.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1. Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Oui. D'autres activités sont tout à fait exigibles du moment qu'[elles] respecte[nt] les limitations fonctionnelles chez ce patient décrites plus haut.

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

100 % avec un rendement de 100 %.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Non."

Dans son rapport du 27 mai 2013, le Dr Z. _____ du SMR a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, mais de 100% dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port régulier de charges de plus de 10 kg, les mouvements répétés avec les bras au-dessus de l'horizontale, une position statique immobile de plus de 2 heures, les déplacements prolongés en terrain irrégulier et le travail à genoux, en position accroupie, ainsi que sur des échelles et des échafaudages autre qu'occasionnel. La capacité de travail entière dans une activité adaptée était valable au terme du délai de carence au plus tard, en l'absence de toute notion d'aggravation survenue depuis l'arthroscopie en mars 2012 et le dépôt de la demande en juin 2012.

L'assuré a été convoqué le 23 juillet 2013 pour le 20 août 2013 par l'OAI. Cet entretien ayant été annulé, l'assuré a été à nouveau convoqué le 14 août 2013 pour le 9 septembre 2013.

Le 19 septembre 2013, l'assuré a transmis à l'OAI les pièces suivantes :

- Un rapport du 29 juillet 2013 du Prof. N. _____, chef de service auprès du Département de l'appareil locomoteur (ci-après : DAL) du Centre hospitalier O. _____ (ci-après : O. _____), dans lequel ce médecin a notamment relevé ce qui suit :

"Status

Patient droitier. La mobilité des épaules est complète, activement et passivement. Force conservée. Absence de douleur significative au niveau AC [réf. : acromio-claviculaire]. Douleurs à la palpation des insertions musculaires sur les ceintures scapulaires mais également au niveau des coudes. Absence de troubles neuro-vasculaires distaux.

Le patient apporte une arthro-IRM d'épaule droite datant d'avril 2011 et de l'épaule gauche d'octobre 2012. Présence de calcifications au niveau du sus-épineux, calme avec des tendons en continuité. Arthrose AC des deux côtés. Absence d'atrophie des corps musculaires de la coiffe des rotateurs.

Examens complémentaires

Les radiographies des deux épaules réalisées ce jour montrent à droite une calcification au niveau du sus-épineux faisant plus d'un centimètre de long, homogène et bien délimitée. A gauche il existe également une calcification dans le tendon du sus-épineux mais inférieure à un centimètre de longueur et d'aspect radiologique semblable. Arthrose AC.

Conclusions, traitement et évolution

M. M._____ présente des cervico-brachialgies bilatérales d'évolution chronique et vraisemblablement d'origine multifactorielle (arthrose AC, tendinite calcifiante du sus-épineux, spondylose dégénérative rachidienne, déconditionnement global)

Je n'ai à ce stade pas retenu d'indication à une approche chirurgicale mais proposé à M. M._____ une évaluation globale par mes collègues de l'URR [réf.: Unité de réhabilitation et de réadaptation à l'Hôpital [...] (...)]";

- Un rapport du 12 août 2013 de la Dresse V._____, médecin associée auprès du DAL, qui a notamment fait les observations suivantes :

"Conclusions, traitement et évolution

Ce patient, en pleine force de l'âge, se voit limité dans son quotidien et son activité professionnelle par des douleurs ostéo-articulaires multiples. La consultation d'aujourd'hui et la prise de connaissance de son dossier radiologique me permettent de formuler les diagnostics suivants :

- Syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur d'origine multifactorielle :
 - o Arthrose cervicale dorsale et lombaire (discopathie étagée et spondylarthrose)
 - o Lésions arthrosiques acromio-claviculaires bilatérales, calcifications sur le tendon du sus-épineux droit et tendinopathie de la coiffe des rotateurs à gauche
 - o Gonarthrose tricompartmentale à gauche post-traumatique
 - o Hallux valgus à droite
 - o Dysbalances musculaire avec hypoextensibilités des chaînes postérieures.

Sur le plan thérapeutique :

Il est probable que dans un avenir plus ou moins proche, son genou nécessitera une arthroplastie totale.

Quant à la problématique des épaules, je suis plus réservée en ce qui concerne le geste chirurgical.

Pour le rachis, il n'y a en tout cas aucune lésion qui devrait nous faire penser à la chirurgie.

Raisonnablement, vu les locations multiples de ces lésions dégénératives, Monsieur M._____ devrait apprendre des exercices de mobilisation articulaire et de réharmonisation musculaire afin qu'il puisse garder le plus longtemps possible des amplitudes articulaires fonctionnelles. Dans ce sens, je l'ai envoyé au centre de [...] pour faire de la physiothérapie à sec et en piscine. Par la suite, il devrait prendre un abonnement de fitness afin de pouvoir continuer les exercices physiques de manière ciblée et contrôlée.

L'antalgie médicamenteuse me semble aussi justifiée actuellement et je lui ai proposé un schéma en alternant le Dafalgan avec l'Irifen 600 mg";

- un rapport du 6 septembre 2013 du Dr X._____, chef de clinique du Service d'orthopédie et traumatologie, consultation du genou du O._____, selon lequel les examens avaient montré une arthrose interne du genou gauche avec une configuration en varus et quelques changements ostéophytaires au niveau du pivot central. Le status après 23 ans d'une plastie du ligament croisé postérieur présentait une évolution plutôt favorable. Le Dr X._____ ne proposait aucun geste chirurgical, notant toutefois qu'une prothèse du genou gauche à moyen terme n'était pas exclue. Ce médecin proposait également un suivi de l'ordre d'une fois par an chez un orthopédiste.

Par avis du 20 novembre 2013 le Dr Z._____ du SMR a suggéré que le Dr B._____ soit réinterpellé au sujet de l'évolution de l'état de santé de son patient en février 2014.

Le 2 mars 2014, l'assuré a fait savoir à l'OAI qu'il se trouvait en arrêt de travail jusqu'au 20 avril 2014 et était allé s'inscrire au chômage.

Le 14 mars 2014, l'OAI a demandé au Dr B._____ de le renseigner sur l'évolution de l'état de santé de l'assuré. Donnant suite à cette demande le 6 mai 2014, le Dr B._____ a indiqué avoir constaté depuis septembre 2013 des gonalgies gauches vives. Le patient avait des douleurs au genou gauche ainsi qu'aux épaules et aux coudes des deux

côtés. Il a relevé que le Dr H._____ [réd. : recte : H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, prévoyait une PTG [réd. : prothèse totale du genou] gauche d'ici trois à quatre mois. Quant à la capacité de travail, le Dr B._____ a relevé que l'assuré était actuellement au chômage. Précédemment, il avait été actif à 100% comme aide électricien. Après l'opération du genou gauche (PTG totale), la capacité de travail serait de 50% dans une activité adaptée, et non pas entière, en raison des douleurs aux épaules et des cervico-brachialgies des deux côtés.

Par avis du 27 mai 2014, le Dr Z._____ du SMR a observé que le rapport du Dr B._____ ne changeait pas l'appréciation, dans la mesure où il avait déjà été tenu compte de l'atteinte au genou. L'aptitude aux mesures professionnelles persistait. La pose d'une prothèse du genou impliquait un arrêt de travail total dans toute activité d'au moins quatre semaines, mais dans une activité assise, une certaine capacité de travail pouvait exister par la suite, le pronostic de récupération d'une capacité de travail de seulement 50% après une telle intervention n'étant pas réaliste de prime abord, ce taux devant faire l'objet d'une appréciation après l'intervention et la convalescence.

L'assuré a été convoqué le 23 juillet 2014 dans les locaux de l'OAI. Il ne s'est toutefois pas présenté à cet entretien.

Dans un rapport REA (réd. : service de réadaptation) du 24 juillet 2014, la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a constaté que le préjudice économique de l'assuré, estimé à 19,89% compte tenu d'un revenu sans invalidité de 70'122 fr. et d'un revenu avec invalidité de 56'178 fr. 02 (calculé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS] relative à l'année 2010, TA 1 : niveau de qualification 4, indexé à 2012 et abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles), aurait permis de mettre en place une orientation professionnelle, puis de proposer une aide au placement. Toutefois l'assuré ne s'étant pas présenté à l'entretien du 23 juillet 2014 et n'ayant pas pu être joint par téléphone, le dossier allait être clos.

Par projet de décision du 15 août 2014, confirmé par décision du 24 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser le droit à une rente AI et à un reclassement. Il a retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'électricien non qualifié, et de 100% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (épargne des épaules, du rachis et des genoux). La comparaison des revenus conduisait à un préjudice proche de 20%, compte tenu d'un revenu sans invalidité de 70'122 fr. et d'un revenu avec invalidité de 56'178 fr. avec abattement de 10%, si bien que le droit à des mesures professionnelles avait été examiné. Toutefois, l'assuré ne s'étant pas présenté à l'entretien du 24 juillet 2014 sans donner de nouvelles, l'OAI estimait que l'intervention sous l'angle de la réinsertion était devenu sans objet.

B. M. _____ a recouru contre la décision de l'OAI du 24 septembre 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 22 octobre 14, en concluant implicitement à l'octroi de prestations. Se référant aux rapports des différents spécialistes qui l'ont examiné, et en particulier à ceux de son médecin traitant, selon lequel sa capacité de travail dans une activité adaptée se limite à 50%, il fait en substance valoir que son état de santé se péjore et qu'il est très limité physiquement. Il expose en outre que la convocation de l'OAI lui a échappé et qu'il a par la suite, sans succès, tenté de joindre par téléphone la spécialiste en réadaptation en charge de son dossier.

Dans sa réponse du 28 janvier 2015, l'OAI propose le rejet du recours, en relevant que la contestation du recourant quant à sa capacité de travail exigible dans une activité adaptée contre-indiquait la mise en place d'éventuelles mesures professionnelles.

Répliquant le 22 février 2015, le recourant a expliqué tenir à la disposition de l'OAI les CD de quatre IRM. Il a en outre exposé que les pathologies l'affectant au niveau du dos, des cervicales, des deux épaules et du genou étaient dégénératives, et que le Dr B. _____ était d'avis que

sa capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée était de 50%.

Le 12 mars 2015, l'OAI a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a et 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56ss LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le

recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'espèce sur le droit à des prestations de l'assurance-invalidité (rente, mesures d'ordre professionnel) et en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail du recourant.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. art. 16 LPGA).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1).

4. a) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI.

Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2).

Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2, 110 V 102). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3, TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1, TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 2.4, 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en oeuvre une mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.2; TFA I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

b) Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce

qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain; une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude réticente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite; une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (ATF 134 V 189 consid. 2.3; TF 8C_525/2009 du 18 mai 2010 consid. 3.2.1; TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4.1; TFA I 605/04 du 11 janvier 2005 consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113). Ainsi, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle entrant en considération concrètement) pour cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective au reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (TF 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2).

5. Il n'est pas contesté que le recourant n'est plus en mesure d'exercer à plein temps son activité habituelle d'aide-électricien. De l'avis de l'OAI, cette activité est encore exigible au taux de 50%. C'est également au taux de 50% que l'assuré a travaillé à compter du mois d'août 2012 dans l'entreprise de son frère. C'est en outre à ce taux de 50% que le Dr B._____ a estimé la capacité de travail de son patient dans son rapport à l'OAI du 22 août 2012, comme dans celui du 14 mars 2014.

Se pose toutefois la question de savoir à quel taux pourrait œuvrer le recourant dans une activité adaptée à son état. Il présente en

effet des atteintes à différents niveaux, dont il convient d'examiner les conséquences sur sa capacité de travail.

S'agissant des épaules, le recourant a subi deux arthro-IRM, l'une de l'épaule droite le 20 avril 2011, et l'autre de l'épaule gauche le 31 octobre 2012, qui ont mis en évidence une calcification ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire. Dans son rapport d'expertise, le Dr F._____ a lui aussi constaté la présence d'une arthropathie acromio-claviculaire bilatérale avancée. Pour cet expert, la situation justifiait que soit proposée à l'assuré une chirurgie avec résection de la clavicule distale et acromioplastie; il estimait qu'après une telle intervention, une pleine capacité de travail des membres supérieurs pourrait certainement être retrouvée. Certes le Prof. N._____ (cf. rapport du 29 juillet 2013) n'a pas retenu d'indication à une approche chirurgicale, position que rejoint la Dresse V._____ (cf. rapport du 12 août 2013) qui se dit également réservée en ce qui concerne le geste chirurgical. Quoi qu'il en soit, le Prof. N._____ - qui ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant - a fait des constats superposables à ceux du Dr F._____. S'agissant en outre de la mobilité des épaules, il a relevé qu'elle était complète et la force conservée. Quant à la Dresse V._____, elle a également relevé les lésions arthrosiques acromio-claviculaires et les calcifications, constats qui rejoignent ceux du Dr F._____. La Dresse V._____ ne s'est pas non plus prononcée sur la capacité de travail du recourant, mais lui a conseillé d'apprendre des exercices de mobilisation articulaire et de réharmonisation musculaire afin qu'il puisse garder le plus longtemps possible des amplitudes articulaires fonctionnelles. Cela étant, en lien avec l'atteinte des membres supérieurs, le Dr F._____ a retenu que l'assuré devrait éviter les ports de charges supérieures à 10 kg, ainsi que les mouvements répétés avec les membres supérieurs au-dessus de l'horizontale, intégrant ainsi l'atteinte des épaules à ses observations. On relèvera à ce stade que le Dr F._____, pour établir son rapport, a pris connaissance du dossier médical et radiologique de l'assuré, des déclarations de celui-ci et l'a examiné. Il a résumé son anamnèse, tenu compte de ses plaintes, puis a procédé à une appréciation détaillée du cas, parvenant à des conclusions étayées et dénuées de contradictions.

Son rapport remplit ainsi les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante.

L'assuré est également atteint au niveau du genou gauche, ce depuis un accident de ski survenu en février 1990, qui a conduit à une plastie du ligament, cas pris en charge par l'assureur accident. L'assuré a été réopéré le 5 mars 2012 du genou gauche (arthroscopie avec résection partielle du ménisque interne). A cet égard, le médecin conseil de l'assureur perte de gain, le Dr T._____, a constaté que l'assuré avait subi en lien avec cette intervention une incapacité de travail totale à compter du 2 novembre 2011, qui a duré jusqu'au 8 avril 2012. Dès le 9 avril 2012, ce médecin a estimé que la capacité de travail était entière, ce qu'a confirmé le Dr W._____ à la CNA le 13 avril 2012, respectivement à l'OAI le 9 novembre 2012. S'agissant de l'atteinte au genou gauche, le Dr F._____ a constaté que l'assuré présentait une gonarthrose bi-compartimentale avancée en varus sur un status après plastie ligamentaire, avec toutefois en périmètre de marche qui n'était pas limité. L'expert a suggéré des séances de physiothérapie ainsi que la prise occasionnelle d'anti-inflammatoires. Il a précisé que l'activité adaptée devait dès lors éviter d'impliquer des déplacements importants en terrain irrégulier. Pour sa part, la Dresse V._____ a également constaté que l'assuré présentait une gonarthrose à gauche post-traumatique, relevant qu'il était probable qu'une arthroplastie totale du genou soit nécessaire dans un avenir plus ou moins proche. Le Dr X._____ (cf. rapport du 6 septembre 2013) a lui aussi fait état d'arthrose interne du genou gauche avec une configuration en vagus, comme ses collègues, en relevant que le status après 23 ans d'une plastie du ligament croisé postérieur présentait une évolution plutôt favorable. Il n'a pas proposé de geste chirurgical en l'état, mais n'a pas exclu qu'une prothèse du genou gauche doive être implantée à moyen terme. Le Dr X._____ ne s'est en outre pas prononcé sur la capacité de travail du recourant. Son appréciation ne contredit quoi qu'il en soit pas celle du Dr F._____. Quant au Dr B._____, il a fait savoir à l'OAI le 6 mai 2014 que son patient présentait des douleurs au genou gauche, et que le Dr H._____ prévoyait une prothèse totale du genou gauche d'ici trois à quatre mois. Le Dr B._____ estimait qu'après

cette intervention, la capacité de travail de l'assuré serait de 50% dans une activité adaptée, compte tenu des douleurs aux épaules et des cervico-brachialgies des deux côtés. Toutefois, le Dr F._____ a exposé de façon convaincante que, dans une activité adaptée telle que magasiner dans une entreprise avec petites pièces, réceptionniste ou contrôleur de chaîne [de production], l'assuré présente une capacité de travail entière. Le fait que le Dr B._____, médecin traitant et en tant que tel enclin à soutenir son patient, estime la capacité de travail de celui-ci à 50% ne permet cependant pas d'écarter l'appréciation - probante - du Dr F._____. Cela étant, ainsi que l'a relevé le Dr Z._____ du SMR, la pose d'une prothèse du genou implique en règle général un arrêt de travail total d'au moins quatre semaines, le pronostic de récupération d'une capacité de travail de 50% après une telle intervention n'étant de prime abord pas réaliste. Quoi qu'il en soit, si l'état de l'assuré devait se dégrader à la suite de l'intervention en question, respectivement conduire à une longue incapacité de travail, il pourrait entreprendre de nouvelles démarches auprès de l'intimé.

En ce qui concerne le dos, le recourant présente des discopathies pluri- étagées de l'étage lombaire et cervical, atteintes qui engendrent des douleurs en position assise et debout. Le Dr F._____ a estimé que le port de charges était limité, tenant ainsi compte de cette problématique dans son rapport d'expertise. La Dresse V._____ est parvenue à un constat similaire, en précisant qu'à ses yeux, aucune lésion ne justifiait une intervention chirurgicale au niveau du rachis.

Il résulte de ce qui précède que l'assuré présente plusieurs atteintes, essentiellement dégénératives, qui empêchent l'exercice à plein temps de l'activité habituelle d'aide-électricien. Par contre dans une activité adaptée, épargnant les épaules, le rachis et les genoux (soit une activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : port régulier de charges de plus de 10 kg, mouvements répétés avec les bras au-dessus de l'horizontale, position statique immobile de plus de 2 heures, déplacements prolongés en terrain irrégulier et travail à genoux, accroupi,

sur des échelles et des échafaudages autre qu'occasionnel), sa capacité de travail est entière.

On relèvera enfin que les chiffres retenus par l'intimé dans le calcul du salaire exigible du recourant (art. 16 LPGA) ne sont pas critiquables – se révélant au contraire très favorables à l'assuré s'agissant du salaire sans invalidité, ainsi que l'a du reste souligné la spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI – et doivent être confirmés, étant rappelé qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de l'ESS (cf. ATF 135 V 297 consid. 5.2. et 129 V 4.2 consid. 4.2.1).

6. Cela étant, le recourant, dont le préjudice économique avoisine les 20%, a sollicité, dans la procédure administrative, l'octroi de mesures d'ordre professionnel, pouvant prima facie prétendre à de telles mesures dans leur principe compte tenu de son taux d'invalidité.

S'il est vrai que le recourant paraît, en recours, solliciter l'octroi d'une rente, en faisant valoir que son état se dégrade, il n'en demeure pas moins qu'il a expliqué que la convocation à l'entretien du 24 juillet 2014 lui avait échappé. Une fois conscient de ce manquement, il allègue avoir tenté à plusieurs reprises de contacter téléphoniquement la spécialiste en réinsertion professionnelle en charge de son dossier, en vain. On ne peut dès lors déduire du fait que le recourant ne s'est pas présenté au rendez-vous du 24 juillet 2014 qu'il n'était plus intéressé par des mesures de reclassement (et par d'autres mesures de réadaptation professionnelle pouvant éventuellement concrètement entrer en considération). De jurisprudence constante en effet, le droit à des mesures de réadaptation professionnelle à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (cf. arrêt I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 4). Or ainsi qu'il ressort des pièces figurant au dossier administratif, l'OAI a omis en l'espèce de procéder à la mise en demeure formelle de l'assuré requise par la loi, ce qui constitue une violation du droit fédéral. La cause doit dès

lors être renvoyée à l'intimé, afin qu'il statue à nouveau sur le droit à des mesures d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. En ce sens, le recours se révèle bien fondé.

7. a) Vu ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour qu'il procède conformément au considérant 6 ci-dessus.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice, lesquels sont en principe supportés par la partie qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI.

Par ailleurs, le recourant, qui obtient gain de cause mais sans l'assistance d'un mandataire, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 24 septembre 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. Il n'est pas octroyé de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :